

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Chaire de diététique

FACULTÉ DE MÉDECINE

Directeur : Prof. M. DEMOLE

L'importance de l'évolution antérieure sur le pronostic de la cœlite ulcéreuse

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Philip John POLLINA

de

New York (USA)

Thèse N° 2443

Editions Médecine et Hygiène

GENÈVE

1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Chaire de diététique

FACULTÉ DE MÉDECINE

Directeur : Prof. M. DEMOLE

L'importance de l'évolution antérieure sur le pronostic de la cœlite ulcéreuse

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Philip John POLLINA

de

New York (USA)

Thèse N° 2443

Editions Médecine et Hygiène

GENÈVE

1957



La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur Michel J. Demole, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 10 décembre 1956.

Le doyen :

Eric MARTIN

Thèse N° 2443

*Que Monsieur le Professeur Michel Demole, veuille bien agréer ici
notre gratitude pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée en inspirant
et en guidant cette thèse.*

A MES PARENTS.

INTRODUCTION

Les publications se rapportant à la recto-côlite ulcéro-hémorragique sont souvent liées aux conceptions diverses de sa pathogénie et de son traitement; en revanche les travaux et les exposés sur cette maladie révèlent une certaine pauvreté des études consacrées à son évolution.

Nous avons été frappé, en effet, en analysant les dossiers d'un groupe de malades, des différences considérables qui existent dans l'évolution de cette maladie, selon qu'on a affaire à sa manifestation initiale, qui est généralement brutale, ou à une côlite ulcéreuse d'apparition plus ancienne, dont les poussées évolutives périodiques sont moins violentes. Le pronostic, et par conséquent la décision thérapeutique à prendre, sont profondément divergents; or la revue des publications sur la côlite ulcéreuse nous a montré que le traitement de cette maladie est peu souvent envisagé sous cet angle. On étudie, d'un côté les aspects cliniques et leur évolution, et d'autre part la thérapeutique, sans faire assez la liaison entre la signification évolutive de l'état actuel et les indications thérapeutiques.

RESUME DES PUBLICATIONS ANTERIEURES

La plupart des auteurs ne se sont pas préoccupés de la fréquence des rechutes et de leur rapport avec la première poussée. RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950), soutiennent qu'il y a peu de chances d'éviter une deuxième poussée, puisque 9 % seulement de leurs malades, suivis pendant 6 à 11 ans, ne firent pas de rechute, et que les récidi-
ves se produisirent, le plus souvent, pendant les 5 années qui suivirent la première poussée. De même, DEMOLE (1955) montre que, dans plus de 50 % des cas, les rechutes ont lieu pendant les 5 ans qui suivent la première poussée.

KIRSNER (1948) trouve le plus grand pourcentage de cas mortels pendant les 2 premières années, et, au contraire, une mortalité beaucoup plus basse pour les malades souffrant depuis de longues années. Pour RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950), la mortalité serait de 22 % pour la poussée initiale et seulement de 4 % pour les rechutes. Selon DEMOLE (1956), la mortalité lors de la poussée initiale aiguë s'élève à 46,4% tandis qu'elle est de 16,5 % pour la forme chronique à rechute. WHEELock et WARREN (1955) perdirent 153 malades sur 343 sujets suivis pendant 10 ans, environ 40 %; et plus de la moitié des décès survinrent pendant les trois premières années. D'après la statistique de SLOAN et all (1950), qui comprend 2000 cas, le plus grand nombre des décès se produisit pendant les 5 premières années, et particulièrement pendant les 12 premiers mois. Ces faits peuvent être résumés par ces mots de BARGEN: "When a patient has survived the first year of the onslaught of disease, the tendency is in general that the disease becomes milder; or perhaps the patient becomes progressively better able to tolerate the condition".

Les diverses statistiques montrent que cette maladie peut apparaître à tout âge, mais sévit toutefois plus fortement chez les adultes, à l'âge moyen de la vie. D'après BANKS et KLAYMAN (1953) les patients chez qui la maladie débute après la cinquantaine, constituent les 10 % d'un groupe clinique; tandis que pour JACKMAN, BARGEN et HEMHOLTZ (1940), le pourcentage est à peine plus élevé chez les enfants mais la maladie y est plus grave que chez les adultes. En revanche, BANKS et KLAYMAN (1953), en suivant l'évolution d'un groupe âgé de 50 ans, estiment le pronostic relativement bon pour la première poussée. Ces données s'accordent avec l'opinion de BARGEN, dans son livre "Chronic Ulcerative Colitis", selon qui la maladie est plus grave chez les enfants, alors que le pourcentage de guérison est presque de 100 %

chez les malades atteints du mal après la soixantaine.

On a consacré de nombreux travaux à la thérapeutique de la cœlite ulcéreuse, et nous ne nous étendrons pas sur les modes de traitement qui sont très variés. Nous réserverons notre attention aux résultats des traitements médical ou chirurgical, en rapport avec l'évolution de la maladie.

D'après KIRSNER et al (1948), pour un groupe de malades de formes cliniques mixtes, les résultats du traitement médical sont médiocres: sur 81 cœlitiques, 6 % seulement furent complètement guéris, 47 % purent être maintenus dans un état satisfaisant, et 19 % améliorés, sans incapacités de travail. Le traitement chirurgical s'imposa dans 19 cas très graves évoluant défavorablement malgré le traitement médical. Sur les 19 opérés, il y eut 5 morts, 11 améliorations, et 4 malades stationnaires ou aggravés.

CATTELL (1948) trouve, qu'en diminuant le nombre d'iléostomies faites d'urgence pour une poussée suraiguë, le pourcentage de décès après l'intervention chirurgicale diminue nettement. WHEELLOCK et WARREN (1955) ont également une tendance à réduire le nombre des interventions d'urgence, et constatent alors une diminution de la proportion des décès après l'intervention chirurgicale, en se basant sur leurs observations de 1915 à 1949. 60 % de leurs malades durent cependant être opérés et ils le furent en général pendant les trois premières années de la maladie.

RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950) insistent également sur le fait que l'intervention chirurgicale pratiquée d'urgence, en cas d'échec du traitement médical chez leurs malades, apporte un pourcentage élevé de mortalité. Par contre, les interventions faites pour des complications (stricture, fistule faecale) de la cœlite ulcéreuse n'emportèrent aucun des malades.

DEMOLE (1955) trouve aussi que la mortalité est plus grande pour le traitement chirurgical que pour le traitement médical, dans les formes aiguës initiales; mais il souligne l'état déplorable des malades confiés aux soins des chirurgiens.

DOCUMENTS PERSONNELS

Notre étude est basée sur l'analyse des dossiers de côlites ulcéreuses provenant des Services Universitaires de Médecine et de Chirurgie des Hôpitaux Cantonaux de Genève et de Lausanne, au cours des 11 années 1945 à 1955.

Nous remercions Messieurs les Professeurs B. Bickel, A. Jentzer et R. Mach de l'Hôpital Cantonal de Genève qui nous ont autorisé à utiliser les dossiers provenant de leurs services. Nous remercions également Messieurs les Professeurs A. Vannotti et P. Decker de la Faculté de Médecine de Lausanne de nous avoir généreusement permis d'incorporer, dans cette étude, les documents concernant les malades de leurs services.

L'origine de ces documents se répartit comme suit:

Clinique Médicale de Genève	17
Clinique Thérapeutique de Genève	4
Clinique médicale de Lausanne	23
Clinique Chirurgicale de Genève	7
Clinique Chirurgicale de Lausanne	12
	63

Quelques-uns de ces malades ayant séjourné dans plusieurs services, le nombre des dossiers utilisables se réduit à 59.

Nous avons retenu pour notre étude seulement les dossiers complets, comportant notamment une anamnèse précise; cela nous a obligé à éliminer un certain nombre d'observations, et explique notre nombre relativement petit de côlites ulcéreuses.

Le diagnostic de côlite ulcéreuse a été posé grâce à plusieurs des procédés suivants: Rectoscopie (avec ou sans biopsie), radiographie, opérations ou autopsie. Les tests complémentaires de coprologie et bactériologie ont été faits dans la plupart des cas.

D'autre part, on sera frappé par la gravité de beaucoup d'entre elles; cela provient de ce que la plupart des formes bénignes ne sont pas hospitalisées, mais traitées ambulatoirement ou dans les Hôpitaux de district, surtout s'il s'agit d'une affection à longue durée évolutive; les Services Universitaires reçoivent donc une majorité de malades atteints de façon sérieuse.

REPARTITION SELON LA FORME CLINIQUE

Pour réaliser le but que nous nous sommes proposé, nos 59 malades ont été classés selon 3 types cliniques principaux:

- Type I Poussée évolutive unique aiguë; ce groupe comprend donc aussi bien les formes suraiguës (fulminating" de BARGEN) constamment mortelles, et celles dites bénignes.
Leur unité provient de ce que la maladie se termine en quelques mois, et qu'à notre connaissance, les malades "guéris" n'ont pas présenté de rechutes.
- Type II Forme chronique à rechutes; plusieurs atteintes, séparées de périodes asymptomatiques de durée variable.
- Type III Forme chronique progressive; l'atteinte initiale se prolonge sans rémission (pendant plus d'une année).

TABLEAU I

Formes cliniques	F	H	Total	%
I Forme aiguë initiale	17	7	24	40,6
II Forme chronique à rechutes	11	15	26 35	44,1
III Forme chronique progressive	6	3	9	15,3
	<u>34</u>	<u>25</u>	<u>59</u>	

Cette classification des cœlitiques en 3 formes cliniques nous montre aussitôt que les 2/5 de nos malades (24 sur 59 = 41 %) furent observés à l'occasion de leur première poussée évolutive aiguë; la même proportion (26 sur 59 = 44 %) fut hospitalisé à l'occasion d'une rechute; 9 d'entre eux seulement (15%) ont présenté une évolution chronique progressive.

Ces chiffres sont comparables à ceux obtenus par Demole (1956): 40,9 %, et KIRSNER (1948): 41,0 % pour les malades vus pendant la première poussée.

Les formes chroniques, divisées en forme chronique à rechutes (chronic intermittent) et forme chronique progressive (chronic continuous) donnent des chiffres différents de ceux de RICE-OXLEY (1950) qui trouve que 25 % de ces malades sont de ce dernier type, et DEMOLE (1956) qui trouve 4 malades de la forme chronique progressive sur 56. Le chiffre obtenu ici, de 15 % pour la forme chronique progressive, se tient donc entre les résultats de ces auteurs.

REPARTITION SELON LE SEXE ET L'AGE

Le nombre de femmes dans cette série est de 34 (58 %), donc légèrement supérieur au nombre d'hommes: 25 = 42 %.

Les statistiques d'autres auteurs relatives à la répartition suivant les sexes révèlent une grande diversité. Pour HARDY et BULMER (1933), WILLARD et al (1938), KIRSNER et al (1948), il y a égalité de fréquence entre l'homme et la femme, tandis que BUZZARD et al (1938) CULLINAN (1938), RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950) trouvent environ 2 fois plus de femmes que d'hommes. DEMOLE (1955) d'après ses statistiques sur la cœlite ulcéreuse en Suisse, compte une légère supériorité numérique en faveur des femmes. Selon les grandes statistiques américaines, corrigées par SLOAN, BARGEN et GAGE (1950) la répartition sur 2000 cas serait de 45 % de femmes pour 55 % d'hommes. L'analyse de ces chiffres montre que seuls quelques auteurs anglais sus-nommés, trouvent une prédominance nette chez la femme.

TABLEAU II

Classe d'âge au début de la maladie	F	H	Total
0 à 9 ans	0	1	1
10 à 19 ans	1	0	1
20 à 29 ans	6	11	17
30 à 39 ans	12	4	16
40 à 49 ans	9	5	14
50 à 59 ans	3	2	5
60 à 69 ans	1	2	3
70 à 79 ans	2	0	2
	34	25	59

Pour les deux sexes, environ 80% des malades eurent leur poussée initiale entre 20 et 49 ans. L'âge moyen des hommes est légèrement inférieur (34,8 ans) à celui des femmes (39,4 ans), au début de la maladie. L'âge moyen de l'ensemble des malades au moment de l'hospitalisation est de 37,1 ans, donc supérieur à celui donné par d'autres auteurs: WILLARD (1938): 29,6 ans; KIRSNER (1948): 27,2 ans; SLOAN (1950): 29,6 ans; DEMOLE (1956): 35,8 ans. Ce dernier, en comparant d'une part les poussées initiales aiguës, et d'autre part les formes chroniques, trouve un âge moyen de 40,6 pour la poussée initiale aiguë, et de 31,8 ans pour les formes chroniques.

DURÉE DE LA MALADIE

La durée de la maladie est comptée entre les premières manifestations et l'époque de la dernière observation clinique de ces sujets.

TABEAU III

Durée de la maladie	première poussée	Forme chronique à rechutes	Forme chronique progressive	Totaux
Moins d'un an	24 (13)*	-	-	24 (13)
de 1 à 2 ans	-	8 (2)	2	10 (2)
de 3 à 4 ans	-	4	1	5
de 5 à 6 ans	-	4	-	4
de 7 à 8 ans	-	3	2 (1)	5 (1)
de 9 à 10 ans	-	3 (1)	-	3 (1)
plus de 10 ans	-	4 (2)	4	8 (2)
	24 (13)	26 (5)	9 (1)	59 (19)

Le tableau III montre que, dans cette série, la durée de la maladie variait entre moins d'une année et plus de 10 ans. On ne peut faire de statistique précise avec le petit nombre de malades observés dans chaque période, mais on constate néanmoins que le nombre de cas hospitalisés diminue nettement après les deux premières années de manifestations cliniques.

* Les chiffres () entre parenthèse concernent la mortalité.

Un nombre important de cœlites est hospitalisé lors de la poussée initiale aiguë (24 sur 59, soit 41 %). La durée de cette première poussée fut de 3 à 4 mois pour un peu moins de la moitié (11 sur 24) de nos malades.

Pour la forme chronique à rechutes, (31 %) 8 des malades observés sur 26 souffraient depuis 1 à 2 ans seulement. Les cœlitiques à évolution prolongée se partagèrent à peu près également au cours des années qui suivirent; mais, 4 sur 26 (15 %) seulement de nos malades atteints de la forme chronique à rechutes eurent une évolution qui dépasse 10 ans.

En revanche, pour la forme chronique progressive, 4 sujets sur 9 (44 %) virent leur affection durer plus de 10 ans. Ces malades feraient donc une évolution clinique plus longue que les cœlitiques chroniques à rechutes.

EVOLUTION CHRONIQUE AVEC RECHUTES

Pour apprécier l'éventualité d'une rechute de cœlite ulcéreuse après la poussée initiale aiguë, nous analyserons les 26 cas de forme chronique à rechutes. Seules les 3 premières poussées sont à considérer, puisque les malades ayant eu 4 ou 5 poussées sont trop peu nombreux pour permettre une analyse.

TABLEAU IV

Durée de la rémission	entre la poussée initiale et la rechute	entre la rechute (seconde poussée) et la troisième poussée
Moins de 12 mois	8	5
de 13 à 24 mois	10	3
de 25 à 36 mois	2	1
de 37 à 48 mois	2	2
de 49 à 60 mois	1	
plus de 60 mois	3	
	26	11

En nous rapportant au tableau IV, il est évident que dans la plupart des cœlites ulcéreuses, la rechute se produit dans les deux années qui suivent la poussée initiale: 69 %. 19 % des rechutes se produisent dans les troisièmes à cinquièmes qui suivent la première poussée. Ce qui revient à dire que 9/10 des rechutes se produisent pendant les 5 premières années qui suivent la poussée initiale aiguë. Les 3 malades dont la seconde poussée survient après cette période de 5 années sont intéressants au point de vue de la longueur des rémissions qui séparent les poussées dans 2 de ces cas: 20 et 27 ans !

Mis à part les 13 cas qui moururent lors de la poussée initiale aiguë, 11 de nos cœlitiques sur 46 n'ont pas souffert de manifestations ultérieures à notre connaissance.

RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950) mettent en évidence le peu de chance d'éviter une rechute: sur 23 malades suivis pendant 6 à 11 ans après la poussée initiale, 2 seulement (9 %) ne firent pas de rechute. Puisqu'il fut impossible de suivre l'évolution de la maladie chez beaucoup de nos sujets après l'hospitalisation, la proportion de 11 sur 46 est probablement encore trop élevée.

Considérons maintenant les 11 malades qui eurent une troisième poussée (seconde rechute). Celle-ci survient chez 8 d'entre eux (72 %) dans les 2 années qui suivirent la première rechute, et jamais plus tard.

Quatre malades seulement firent une troisième rechute, toutes pendant les 2 années qui suivirent la rechute précédente.

Il est étonnant de constater le nombre peu élevé de cœlitiques hospitalisés pour une troisième ou quatrième poussée. L'éventualité d'une rechute de cœlite ulcéreuse assez grave pour nécessiter l'hospitalisation semble donc en fonction inverse de la durée de la maladie; à la longue, la maladie revêtirait une gravité moindre ne nécessitant pas l'entrée en clinique et pouvant être traitée ambulatoirement.

Quelque soit la raison: guérison, tolérance de la maladie, ou manifestations cliniques bénignes, les cœlites ulcéreuses observées après leur deuxième poussée évolutive, sont rares dans les services hospitaliers.

MORTALITE

TABLEAU V

Durée de la maladie	moins d' 1 an	de 1 à 4 ans	de 5 à 8 ans	plus de 8 ans	Totaux	%
Poussée initiale	13	-	-	-	13	54
Forme chronique à rechutes	-	2	-	3	5	18
Forme chronique progressive	-	-	1	-	1	11
Totaux	13	2	1	3	19	
Nombre total de malades observés	24	15	9	11	59	
% de mortalité	54	13	12	27	32	

D'après le tableau V ci-dessus, la mortalité due à la cœlite ulcéreuse est très élevée pendant la première année de la maladie et diminue au cours des années suivantes. Cependant, quand la maladie dure très longtemps (plus de 8 ans) ses complications finissent par emporter une proportion élevée de cœlitiques.

Ces résultats sont comparables (excepté pour le chiffre élevé après 8 ans), à ceux de KIRSNER (1948), de RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950) et de DEMOLE (1955), selon qui la mortalité est plus élevée pendant la première année et diminue avec la durée de la maladie.

Au point de vue clinique, le pourcentage des décès prend un aspect différent: Pour la première poussée, 54 %; pour la forme chronique à rechutes 18 %; pour la forme chronique progressive 11 %, donc une proportion un peu inférieure pour cette dernière. A cause du

petit nombre de côlitiques observés, les chiffres n'ont cependant pas de signification statistique.

Enfin, 5 patients emportés lors d'une rechute, 4 cas furent emportés par des manifestations aiguës; de même pour le seul cas mortel de la forme chronique progressive. Nous n'avons donc pas observé dans cette série, de décès par cachexie, cancérisations et d'autre complication à évolution lente.

THERAPEUTIQUE

Il est inutile de s'étendre sur les divers traitements médicaux qui varient avec les cas; les principaux éléments de la thérapeutique médicale indiquée dans les dossiers sont : transfusion, antibiotiques, sulfamidés, désinfectants,....

Les traitements chirurgicaux comprennent : l'iléostomie, l'hémi-colectomie, la colectomie totale.

Les résultats de ces traitements peuvent être résumés dans le tableau suivant :

TABLEAU VI

	Poussée initiale		Forme chronique à rechutes		Forme chronique progressive	
	nombre de cas	%	nombre de cas	%	nombre de cas	%
DECEDES						
Trait. médical	6	35%	3	14%	1	17%
Trait. Chirurgical	7	100%	2	40%	-	-
GUERIS OU AMELIORES						
Trait. Médical	10	59%	17	81%	3	50%
Trait. Chirurgical	-	-	3	60%	2	67%
STATIONNAIRES						
Trait. Médical	1	6%	1	5%	2	33%
Trait. Chirurgical	-	-	-	-	1	33%

Nous pouvons ainsi constater que pour la poussée initiale, tous les malades traités chirurgicalement et le tiers des coliques traités médicalement succombèrent. Insistons sur le fait que l'état des 7 cas traités chirurgicalement était absolument désespérés lorsqu'ils furent confiés aux chirurgiens, 5 d'entre eux au stade de péritonite, dont deux avec perforations. Il est indéniable qu'on ne peut rendre les chirurgiens, sollicités dans de telles conditions, responsables de l'échec de ces interventions.

Pour la forme chronique à rechutes, les décès en rapport avec le traitement médical sont inférieurs à ceux dus à l'intervention chirurgicale. Sur 5 opérations il y eut 2 morts, tous deux opérés d'urgence. Les 2/3 furent cependant guéris ou améliorés par l'opération.

La thérapeutique médicale fut encore plus efficace dans la forme chronique à rechutes, 81 % des malades ainsi traités pouvant être considérés comme guéris ou améliorés, et seulement 5 % restant stationnaires. Le nombre de décès est de 14 %, donc un chiffre très inférieur à celui obtenu pour la première poussée.

Pour le petit nombre de malades atteints de la colite ulcéreuse chronique progressive, le traitement chirurgical semble donner de meilleurs résultats (mortalité nulle).

Au total, sur 15 opérations, 10 furent pratiquées d'urgence, dont 8 décès (80 %). Sur 5 interventions faites en dehors de la période aiguë, on ne déplora aucune issue fatale. L'intervention d'urgence est donc à déconseiller.

Ces résultats sont donc conformes à ceux des auteurs suivants : pour CATTELL (1948) les 2/3 des malades succombant à l'iléostomie étaient des opérés d'urgence; en réduisant les iléostomies d'urgence, on diminuait la mortalité due à l'intervention chirurgicale. RICE-OXLEY et TRUELOVE (1950) notèrent aussi une mortalité élevée pour les iléostomies d'urgence, comme WHEELOCK et WARREN (1955), qui constatèrent également une diminution de la proportion des décès chirurgicaux en même temps qu'une diminution de nombre d'opérations d'urgence.

CONCLUSIONS

Les conclusions suivantes peuvent être tirées de l'étude de l'évolution de la cœlite ulcéreuse, basée sur l'analyse des dossiers provenant de 3 Services de Médecine et 2 Services de Chirurgie couvrant 59 cas hospitalisés de 1945 à 1955.

1. La cœlite ulcéreuse atteint des malades à tout âge, mais les 4/5 d'entre eux ont cependant entre 20 et 49 ans.
2. Les malades furent répartis selon 3 types cliniques évolutifs:
 - a) Poussée initiale aiguë : 41 %
 - b) Forme chronique à rechutes : 44 %
 - c) Forme chronique progressive : 15%
3. La durée de la maladie varie de quelques mois à 27 ans, la forme chronique progressive évoluant de façon plus prolongée que la forme chronique à rechutes.
4. La poussée initiale aiguë est de beaucoup la plus grave : 54 % de mortalité. L'intervention chirurgicale est toujours fatale à la période suraiguë ("fulminante"). Un tiers des malades succombe également malgré les divers traitements médicaux entrepris; mais les 3/5 purent être considérés comme guéris ou améliorés, très peu d'entre eux évoluant vers la chronicité.
5. Dans la forme chronique périodique les 69 % des malades firent leur rechute au cours des 2 années (88 % au cours des 5 années) qui suivirent la première manifestation clinique. Peu de sujets firent une troisième ou quatrième poussée évolutive, et celle-ci se produisit alors le plus souvent dans les 2 années consécutives à la première poussée initiale. Seuls 11 malades sur 46 ne récidivèrent pas.
6. La mortalité générale (indépendamment du traitement entrepris) qui est très élevée la première année d'évolution de la maladie (plus de la moitié des cœlitiques) diminue fortement au cours des années suivantes, pour s'élever de nouveau lorsque la cœlite ulcéreuse dure plus de 4 ans. Le décès est toujours provenu dans notre série, de complications aiguës et non d'une évolution fatale progressive.
7. L'opération d'urgence, dans les poussées initiales suraiguës est grevée d'une effroyable mortalité (80 %), en raison de l'état déplora-

ble des malades confiés aux chirurgiens, et doit donc être abandonnée. En revanche, pratiquée avec des indications précises et à un moment bien choisi, chez les côlitiques chroniques, elle donne d'excellents résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- BANKS, B.M. et KLAYMAN, M.I. Idiopathic Ulcerative Colitis beginning after the age of 50.
New England J.M.: 249 : 91 (1953)
- BARGEN, J.A. "Chronic Ulcerative Colitis" 1 vol. Thomas, édit.
Springfield (1951)
- BUZZARD, E.M., RICHARDSON, J.S. et TURNER, R.W.D. Ulcerative Colitis: The outlook for the patient.
St. Thom. Hosp. Rep.; 3 : 55 (1938)
- CATTELL, R.B. Surgical treatment of ulcerative colitis.
Gastroenterology; 10 : 63 (1948)
- CULLINAN, E.R. Ulcerative Colitis: Clinical aspects.
Brit. M.J.; 2 : 1351 (1938).
- DEMOLE, M. Données numériques sur la cœlite ulcéreuse en Suisse.
Gastroenterologie; 84 : 324 (1955).
- DEMOLE, M. Acuité de la poussée évolutive initiale dans la cœlite ulcéreuse. Gastroenterologie; 86 (sous presse)
- HARDY, T.L. et BULMER, E. Ulcerative Colitis.
Brit. M.J.; 2 : 812 (1933)
- JACKMAN, R. BARGEN, J.A. et HEMHOLTZ, H.F. Life histories of 95 children with chronic ulcerative colitis; statistical study based on comparison with whole groupe of 871 patients.
Am. J. Dis. Child.; 59 : 459 (1940)
- KIRSNER, J.B., PALMER, W.L., MAINON, S.H. et RICKETTS, W.E. Clinical course of chronic nonspecific ulcerative colitis.
J . A . M . A . : 137 : 922 (1948)
- MASSION, J., VOTION, J. et LEONARD, P. La recto-cœlite hémorragique grave (dite cœlite ulcéreuse grave non spécifique): Aspects Cliniques et diagnostiques.
Acta Gastro-entérol. Belg.; 13 : 578 (1950)
- RICE-OXLEY, J.M. et TRUELOVE, S. Ulcerative Colitis; Course and Prognosis. Lancet; 1 : 663 (1950).

SLOAN, W.P., BARGEN, J.A. et GAGE, R.P. Life histories of patients with chronic ulcerative colitis: A review of 2000 cases. Gastroenterology; 16 : 25 (1955)

WHEELOCK, F.C. Jr., et WARREN?R. Ulcerative colitis: Follow up studies New England J.M. 251 : 649 (1955).

WILLARD, J.H., PRESSEL, J.F., HUNDLY, J.W., et BOCKUS, H.L. The prognosis of ulcerative colitis. J.A.M.A.; 111 : 2078 (1938).

